

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

No

499

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Henri AUTISSIER

Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis

Né à Souvigny (Allier), le 16 Mars 1902

CONSIDÉRATIONS
sur le Diagnostic et le Traitement
des recto-colites
hémorragiques et purulentes

Président de Thèse : M. le Professeur M. HARTMANN

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Henri AUTISSIER

Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Denis

Né à Souvigny (Allier), le 16 Mars 1902

CONSIDÉRATIONS

sur le Diagnostic et le Traitement

des recto-colites

hémorragiques et purulentes

Président de Thèse : M. le Professeur M. HARTMANN

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91. BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie.....	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	N...
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie chirurgicale.....	N...
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN.... Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BINET. Physiologie.
 BLANCHETIERE. Chimie biologique.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA.... Pathologie médicale.
 CHABROL.... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 GAUDART-D'ALLAINES.. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON..... Physiologie.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER.... Pathologie expérimentale.
 GASTINEL.. ... Bactériologie.
 GATELIER.... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOANNON..... Hygiène.
 JOYEUX... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER, Fern. Pharmacologie.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIEDELIÈVRE.. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUÉNU... Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET... Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX..... Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.... Parasitologie,
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, profes-	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique ch l'adulte pour les accidentés du travail, les mutil de guerre et les infirmes adultes.
seur sans chaire ...	
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

ET A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR LECÈNE

A M. LE PROFESSEUR HARTMANN
Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse nous adressons
l'expression de notre respectueuse
gratitude.*

A M. LE DOCTEUR R. BENSAUDE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine;

Officier de la Légion d'Honneur.

ET A M. LE DOCTEUR P. OURY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

*Qui nous ont inspiré cette thèse en
témoignage de mon respect et de ma
reconnaissance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MESSIEURS LES DOCTEURS ARCHAMBAUD
ET PERRIN

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Les recto-colites, inflammations de la partie terminale du gros intestin, essentiellement localisées à l'anse sigmoïde et au rectum, représentent un chapitre intéressant et encore neuf de la pathologie digestive. Actuellement se trouvent réunies sous ce nom des entités cliniques bien différentes tant par leurs caractères anatomo-pathologiques que par leur évolution.

A côté des recto-colites hémorragiques et purulentes qui méritent encore la dénomination de recto-colites à lésions superficielles, terme qui exprime bien l'importance des altérations de la muqueuse recto-sigmoïdienne, il existe des recto-colites à lésions profondes, souvent plus haut situées au niveau de l'anse sigmoïde, qui s'opposent aux premières par leurs manifestations anatomiques, envahissant sous-muqueuse, musculuse et sous-séreuse et qui sont bien définies par les termes synonymes de colite infiltrante, hyperplasique ou de diverticulite.

Nous n'avons l'intention de nous occuper ici que du premier groupe, c'est-à-dire de l'affection qui se traduit par un état inflammatoire, grave de la muqueuse affectant tout ou partie du rectum et du côlon en produisant à leur niveau des ulcérations superficielles, suppurantes ou hémorragipares.

Ces hémorragies sont le plus souvent le symptôme capital ; elles attirent rapidement l'attention des malades et les effraient non par la gravité des symptômes qui les accompagnent, mais par leur abondance, leur répétition et leur ténacité malgré tous les traitements employés. Elles peuvent exister seules, mais souvent se surajoute à elles une suppuration plus ou moins abondante, qui peut même dans certains cas prédominer.

Ces recto-colites confondues jusqu'il y a une vingtaine d'années avec les dysenteries amibiennes ou bacillaires, ont actuellement une symptomatologie propre et bien définie ; mais les examens de laboratoire n'ont servi jusqu'à ce jour qu'à éliminer de ce groupe toutes les affections intestinales à parasites ou à microbes connus, sans jamais donner de résultat positif quant à l'agent pathogène, s'il existe, auquel elles sont dues. C'est ce qui a permis à Bensaude et Oury, dans un article récent, de dire : « Il est impossible d'en fournir une définition précise et positive, ce n'est que par exclusion que nous définirons les recto-colites hémorragiques et purulentes, syndrome dysentérique aigu ou chronique, dont l'amibe ou aucun parasite actuellement identifié, non plus que

le bacille dysentérique ne peut être rendu responsable ».

Quoiqu'il en soit ces recto-colites d'étiologie inconnue ne sont vraiment entrées dans le cadre de la nosologie médicale que du jour où elles ont été différenciées des dysenteries amibiennes ou bacillaires, ainsi que des affections dues à des germes plus rares : *balantidium coli*, *lamblia intestinalis*, *trichomonas homini*.

Ce sont donc les recherches de laboratoire qui ont permis par élimination de disjoindre des dysenteries d'une part, du groupe confus des entéro-colites d'autre part, une entité morbide bien définie : les recto-colites hémorragiques et purulentes. Mais l'étude approfondie de cette affection et la possibilité d'en faire le diagnostic précis ne sont dues qu'à la généralisation des examens endoscopiques.

Jamais en effet les troubles fonctionnels ne sont à eux seuls assez caractéristiques pour entraîner un diagnostic; rarement l'examen radioscopique peut donner des renseignements probants, aussi l'endoscopie joue-t-elle un rôle important et c'est pourquoi l'on a pu dire : Il n'est pas de diagnostic de recto-colite en dehors de la rectoscopie.

Le rôle précieux et indispensable de la rectoscopie ne s'est pas borné là, c'est elle qui a permis en outre de contrôler l'efficacité des différents traitements préconisés. C'est qu'en effet la question du traitement des recto-colites pose un problème des plus délicats,

car il n'en est pas de spécifique et malheureusement tous ceux accumulés jusqu'à ce jour et que le médecin devra essayer successivement avec méthode et patience n'ont donné le plus souvent que des résultats passagers et inconstants.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les premiers travaux traitant de la question des colites semblent remonter à 1888, où pour la première fois White les décrit comme entité clinique.

Un peu plus tard, en 1893, des chirurgiens, Durante et Mayo Robson, présentent des observations de colites graves, rebelles au traitement médical.

Dès lors les travaux publiés sur la question se font de plus en plus nombreux, Souques en 1901, Mathieu et Roux en 1902 décrivent des lésions graves de l'intestin au cours de l'urémie.

C'est à cette époque qu'apparaissent en Allemagne les premiers mémoires importants de Nehrkorn et Boas en 1902 et 1903 sur des cas de colites graves non dysentériques; puis, en 1908, les travaux de Hœbner qui décrit une colite granuleuse grave sans ulcérations. Enfin, en 1910, Zwegt et Rosenheim apportent des contributions importantes à l'histoire de ces maladies.

Dans la suite, nombreux sont les auteurs de tous

les pays qui ont contribué à l'étude de ces affections, Schmidt (1913), Albu (1914), Strauss (1915), Mummery (1914), Mac Farland (1917); en France, on ne saurait oublier les rapports de Cade, Hutinel et Nobécourt au Congrès de médecine de Paris en 1912 et surtout les importants travaux cliniques de Mathieu de 1910 à 1918.

Pendant la guerre, de nombreux auteurs et en particulier Rathery, Ravaut et Carles s'attachent à préciser les manifestations et à délimiter les éléments étiologiques des recto-colites.

Depuis, un grand nombre de recherches faites à l'étranger et surtout en France, les travaux de M. Bensaude et ses élèves (Antoine et Oury), qui occupent une place fondamentale dans l'étude de ces maladies, ont contribué à confirmer l'histoire clinique, anatomique, radioscopique et rectoscopique de ces affections.

Enfin tout récemment C. Bonorino Udaondo, de Buenos-Ayres, vient de publier un travail sur les colites ulcéreuses chroniques, dans lequel sont étudiées en détail les recto-colites hémorragiques et purulentes.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Les recto-colites à lésions superficielles, les seules que nous nous proposons d'étudier ici, se traduisent cliniquement par des accidents aigus ou le plus souvent chroniques, parmi lesquels peuvent prédominer, suivant les cas, les hémorragies ou la suppuration.

C'est à ce symptôme capital, hémorragie ou suppuration, qu'est due la classification de cette affection en formes hémorragiques, purulentes ou hémorragico-purulentes; les unes et les autres pouvant, par ailleurs, revêtir une allure grave ou relativement bénigne.

Cette façon essentiellement clinique de classer les recto-colites, critiquable peut-être, constitue néanmoins des cadres commodes répondant à la plupart des cas observés.

Les recto-colites hémorragiques et purulentes sont surtout des affections de l'âge adulte; c'est entre vingt-cinq et quarante-cinq ans qu'on les observe le plus

souvent. Elles peuvent cependant exister chez l'enfant et même chez le vieillard.

Leur début est le plus souvent insidieux, marqué seulement par de légers troubles gastro-coliques; la diarrhée est le premier symptôme important, elle est en général progressive, le nombre des selles augmente peu à peu en même temps qu'apparaissent, une à trois semaines après le début en moyenne, les hémorragies ou la suppuration.

Plus rarement le début est brutal à la suite d'un écart d'alimentation ou d'un surmenage excessif; la crise éclate brusquement, le malade présente une forte diarrhée s'accompagnant de vomissements et de douleurs abdominales violentes qui précèdent des selles impérieuses. Puis, rapidement, apparaissent dans les fèces, le sang, le pus ou les deux associés. Quelquefois même les écoulements anormaux surviennent d'emblée, constituant le premier symptôme de la maladie.

FORMES

A) *Forme hémorragico-purulente.*

Dans cette forme les évacuations hémorragiques et purulentes constituent le fait dominant. Les malades évacuent avec ou entre les selles une quantité plus ou moins grande de liquide muco-purulent mélangé de sang; ce sont des selles panachées dans lesquelles tantôt le sang, tantôt le pus prédominent. Quelquefois les produits inflammatoires sont évacués seuls, sans matière, c'est le crachat intestinal de Mathieu.

Les troubles de la défécation se traduisent tantôt et le plus souvent par de la diarrhée, tantôt par une constipation tellement opiniâtre que le pus sanguinolent est évacué seul. La fréquence des selles est très variable allant de deux à dix et même vingt-cinq par jour. Les douleurs, qui sont nombreuses, mais supportables, s'éveillent surtout dans les poussées aiguës; ce sont habituellement : ténésme, épreintes, petites coliques abdominales et sensation de pesanteur périnéale. Il est pourtant de nombreux sujets chez lesquels la recto-colite reste complètement indolore.

Les symptômes généraux sont très variables, tantôt l'état général reste excellent, les malades ne présentent aucun phénomène gastrique et continuent de vaquer à leurs occupations; chez d'autres un amaigrissement et une asthénie importants, une évolution fébrile, des signes anémiques, des symptômes d'intoxication gastro-intestinale les obligent à s'aliter.

Chez de tels malades, l'examen physique montre un abdomen légèrement distendu avec une corde colique tendue douloureuse, mais ce sera uniquement la rectoscopie qui fera le diagnostic.

La durée de ces recto-colites se compte par années; sur cent dix-sept malades, Logan n'en mentionne que dix-huit dont la maladie n'ait pas dépassé un an. Cette longue évolution est maintes fois entrecoupée par des poussées aiguës et des rémissions prolongées qui constituent l'un des faits les plus intéressants de cette affection.

Le pronostic sera toujours réservé, car à côté des

guérisons, à côté des formes prolongées durant de nombreuses années, il est des formes plus ou moins rapides qui évoluent en quelques semaines ou quelques mois.

A côté de cette forme chronique de recto-colite hémorragico-purulente il existe une forme aiguë réalisant le tableau complet d'une dysenterie bacillaire aiguë : douleurs intenses, évacuations hémorragiques et purulentes incoercibles, température oscillant entre 38 et 40.

Parfois l'évolution est favorable, plus même que dans les formes chroniques, et l'affection guérit en quelques jours ou quelques semaines. Plus souvent cette forme aiguë n'est qu'un épisode dans l'histoire traînante et incertaine d'une recto-colite chronique.

B) *Forme hémorragique.*

Cette forme est considérée par certains auteurs comme la plus fréquente. Les malades rendent une quantité plus ou moins grande de sang pur ou dilué dans de la sérosité et paraissant hémolysé. C'est généralement ces symptômes qui les décident à consulter.

Deux éléments caractérisent cette forme, l'absence habituelle de phénomènes douloureux et l'importance des hémorragies qui, par leur abondance et leur répétition, entraînent un état anémique inquiétant. Plus que dans tout autre forme, la prédominance des hémorragies fait croire à la simple existence d'hémor-

roïdes, fait craindre le cancer du rectum, et, seul l'examen endoscopique tranche le diagnostic.

C) *Forme purulente.*

Cette forme est beaucoup plus rare que les précédentes; le pus peut être rendu pur mais le plus souvent il est mélangé aux matières. Il est crémeux, bien lié ou granuleux et grisâtre; il est parfois en telle abondance que l'on a pu croire à l'ouverture d'un abcès dans l'intestin.

CHAPITRE IV

FORMES ÉVOLUTIVES

L'évolution des recto-colites est extrêmement variable, et ce n'est pas le fait le moins curieux de voir poser un même diagnostic de recto-colite hémorragique et purulente chez un sujet apparemment bien portant, qui, de temps à autre se présente à une consultation externe et chez un malade hospitalisé, grabataire, fébrile, qui se cachectise malgré tous les efforts thérapeutiques.

C'est pourquoi il est nécessaire de distinguer trois formes dans l'évolution de cette affection :

a) Dans une forme bénigne la santé reste parfaite, les selles sont normales et les évacuations hémorragiques et purulentes toujours modérées. Le malade arrive à mener une vie presque normale et la guérison peut être espérée en un temps variable.

Il nous paraît d'ailleurs certain que les formes bénignes de recto-colite hémorragique et purulente sont relativement nombreuses et qu'elles passent le plus souvent inaperçues prises pour des crises d'entérite banale.

b) Dans une forme moyenne la recto-colite prend un caractère franchement plus sévère, soit par suite de la répétition et de l'intensité des poussées, qui ne retentissent cependant que modérément sur l'état général, soit par suite de la chronicité des troubles qui rendent la guérison problématique.

Il nous est arrivé souvent de voir à la consultation de M. Bensaude, à l'Hôpital Saint-Antoine, des malades présentant une forme moyenne de recto-colite hémorragique et purulente dont le début remontait à quatre, cinq et même dix ans chez l'un d'eux.

c) Il existe enfin une forme grave à évolution trop souvent fatale malgré tous les efforts thérapeutiques. En quelques semaines, cinq à six mois au plus, les hémorragies, la suppuration continuelle, l'hypersensibilité gastrique se traduisant par des nausées et des vomissements, la température élevée et oscillante entraînent la mort par cachexie ou complications pulmonaires. La gravité de ces formes est souvent marquée par l'apparition d'érythème toxique et de stomatite infectieuse.

A plusieurs reprises, dans le service de M. Bensaude, nous avons vu de tels malades chez lesquels toutes les méthodes thérapeutiques mises en œuvre étant impuissantes à enrayer l'évolution de l'affection, l'appendicostomie ou l'anus iliaque gauche tentés en dernier ressort ne donnaient pas de résultats plus satisfaisants.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

A) *Diagnostic endoscopique.*

Les troubles fonctionnels n'étant jamais à eux seuls assez caractéristiques pour entraîner un diagnostic, de plus les examens radioscopiques ne donnant le plus souvent que des résultats peu probants, c'est dire le rôle important que joue l'endoscopie dans le diagnostic des recto-colites.

Les lésions visibles au rectoscope présentent des aspects très variables souvent intriqués entre eux. Habituellement les altérations commencent à quelques centimètres au-dessus du sphincter, s'étendent plus ou moins largement à toute l'ampoule rectale et envahissent l'anse sigmoïde; parfois on peut atteindre la limite supérieure des lésions et retrouver au-dessus une muqueuse saine; plus souvent la rectoscopie n'atteint pas la limite supérieure des altérations de la muqueuse.

Suivant la classification du *Traité d'Endoscopie* de M. Bensaude on distingue :

a) La recto-sigmoïdite catarrhale marquée uniquement par de légères modifications de couleur, d'éclat et de relief de la muqueuse; elle présente un aspect œdémateux rouge congestif, vermillon avec une vascularisation intense.

b) La recto-sigmoïdite hémorragique est caractérisée par l'existence de vastes étoiles vasculaires et d'ecchymoses, d'un purpura rectal discret ou généralisé.

c) La recto-sigmoïdite érosive et ulcéreuse est faite de lésions beaucoup plus caractéristiques : érosions en coup d'ongle, ulcérations ponctiformes, exceptionnellement ulcérations larges et profondes; le plus souvent l'on voit un aspect érosif de la muqueuse s'accompagnant de congestion ou d'ecchymoses.

d) Dans la recto-sigmoïdite à sécrétions anormales, un exsudat pultacé ou de fausses membranes recouvrent la muqueuse en placards étalés ou en zones discrètes rappelant les lésions aphteuses.

e) La recto-sigmoïdite bourgeonnante est exceptionnelle pour Bensaude et Oury; au contraire Libman, et plus récemment Crohn, insistent sur l'importance des polypes parfois disséminés, parfois agglomérés par leur sommet, en forme de boucle.

Il est rare que ces diverses formes de recto-sigmoïdites restent pures, le plus souvent elles se pénètrent mutuellement. Cependant l'aspect des lésions a une certaine importance, car il permet quelquefois de tirer des conclusions concernant leur évolution; c'est ainsi que les processus aigus sont caractérisés par

l'exagération de la rougeur et de l'éclat de la muqueuse avec conservation d'une surface lisse, sans ulcération ni fausses membranes; tandis que les processus chroniques sont marqués par une coloration plus pâle, des ulcérations, des dépôts membraneux, des végétations, ainsi que par une induration des couches profondes.

B) *Diagnostic différentiel.*

Si les hésitations, avec des hémorroïdes, un cancer ou une tumeur villeuse, sont formellement écartées après un examen endoscopique minutieux, il est pourtant quelques affections dont la différenciation sera délicate; c'est d'une part le rétrécissement du rectum, ce sont d'autre part les rectites, c'est enfin et surtout les dysenteries.

Nous ne voulons pas parler ici du rétrécissement serré où la constatation d'un défilé étroit s'impose dès le toucher. Au contraire certains rétrécissements larges encore au début de leur évolution peuvent être sujets à discussion. Cependant dans le rétrécissement inflammatoire, quelle qu'en soit l'origine, les lésions ont toujours un siège d'élection; l'induration des tuniques rectales qui marque fréquemment le début du rétrécissement, siège électivement à 5 ou 6 centimètres de la marge anale.

Les rectites sont encore plus difficiles à différencier des recto-colites; elles sont en général caractérisées par des lésions beaucoup plus localisées, surtout

dans le segment anal et sus-anal de la muqueuse; de plus, des faits étiologiques tout différents dominent leur apparition. L'anite chancrelleuse avec ses lésions ulcéreuses de la marge anale, la rectite gonococcique, la rectite par traumatisme sodomique comportent une précision anamnestique jamais rencontrée dans les recto-colites hémorragiques et purulentes.

Le véritable diagnostic à discuter longuement est celui des dysenteries.

La confusion des recto-colites hémorragiques et purulentes avec une dysenterie amibienne ou bacillaire est la règle constante. Cette différenciation est facile à faire si la recherche des amibes ou l'injection des matières dans l'anus d'un chat donnent des résultats positifs; mais fréquemment il n'en est pas ainsi, le diagnostic devient alors extrêmement difficile, et le plus souvent c'est le traitement d'épreuve qui par ses résultats rapides fait la preuve de l'amibiase.

La recherche systématique de la dysenterie bacillaire doit être aussi soigneusement faite. La culture directe des selles ne donnant d'utiles résultats que dans les premiers jours de l'infection, c'est essentiellement aux séro-diagnostic, avec les différents bacilles dysentériques, que l'on doit s'adresser.

Les traitements de l'amibiase et de la dysenterie bacillaire sont nécessaires, disons-nous, mais il est inutile de les continuer longtemps, lorsqu'on reconnaît, en raison de leur inefficacité, qu'il s'agit vraiment d'une recto-colite hémorragique et purulente.

C) *Diagnostic étiologique.*

C'est à ce moment qu'en face de pareils malades se pose une question diagnostique actuellement insurmontable; quelle est la nature intime des recto-colites graves ?

Sans doute il existe des recto-colites graves d'origine toxique survenant après des intoxications mercurielles ou urémiques, ce sont des cas exceptionnels. Peut-être est-il des parasites rares en nos pays, comme la billarziose, le balantidium, capables de provoquer des recto-colites graves.

En fait la plupart des auteurs pensent qu'on est en présence d'une affection autonome provoquée, suivant les uns, par un germe spécifique, suivant les autres par une flore microbienne variable

Bargen et Logan ont trouvé au niveau des ulcérations rectales un diplocoque lancéolé groupé par deux ou quatre à Gram positif. Les expériences faites par ces auteurs ont paru prouver qu'il s'agit d'un agent spécifique.

Dans trois cas de recto-colite aiguë Crohn a trouvé ce même germe; mais en France les recherches faites par Bensaude et Oury dans la même voie n'ont pas donné de résultats; le germe des auteurs américains disparaît peut-être de façon précoce devant l'assaut des germes banaux.

L'exacerbation de virulence des saprophytes banaux

est-elle capable de faire naître à elle seule les lésions de recto-colite? Autant de questions qui sont à l'étude et rien ne nous permet actuellement de prendre parti dans cette discussion.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Les recto-colites graves sont des affections désespérantes par leur chronicité, qui mettent souvent à l'épreuve la patience du malade et celle de son médecin.

Leur étiologie encore inconnue et la diversité de leurs formes évolutives contribuent d'ailleurs à rendre les échecs thérapeutiques assez fréquents.

En fait, pour bien juger du traitement de ces affections, il est nécessaire de séparer les formes bénignes dont les traitements les plus divers ont facilement raison et les formes rebelles ou graves qui résistent aux thérapeutiques les mieux conduites.

Dans un article du « Journal des Praticiens », M. Bensaude en 1922, et plus récemment avec Oury, dans une étude faite en 1929, a bien montré ce que doit tendre à réaliser le traitement de ces recto-colites : mettre l'intestin au repos, combattre la stase intestinale et agir sur la muqueuse malade.

C'est par le repos physique et moral, les applications chaudes sur le ventre et l'institution d'un régime

sévère que l'on traitera dès le début ces affections. Le repos au lit est surtout indispensable pendant les poussées aiguës; quant aux applications chaudes, il y aura lieu, en les faisant, de tenir compte de la sensibilité de chacun, aux différents types de chaleur. Certains malades, en effet, sont bien soulagés par la chaleur sèche (bouillottes chaudes), alors que d'autres supportent mieux la chaleur humide (compresses et cataplasmes); enfin des tentatives faites avec la diathermie et les rayons infra-rouges ont été parfois couronnés de succès.

L'alimentation, aussi, a une grosse importance chez ces malades qui font des rechutes fréquentes au moindre écart de régime. Celui-ci doit tendre vers un double but : permettre de nourrir les malades, leur évitant ainsi une dénutrition exagérée, sans pour cela fatiguer l'intestin et risquer d'entretenir des lésions existantes ou provoquer des rechutes graves. C'est pourquoi aucune précaution alimentaire n'est superflue et nous ne saurions suffisamment dire avec quelle minutie le médecin doit procéder à l'élaboration des menus de ces malades.

Un tel régime comprendra surtout des aliments réduits à l'état de poudre fine passée au tamis, des pâtes, du riz, des gelées de tapioca aromatisées de thé de bœuf ⁽¹⁾, du jus de viande. On le complètera par

(1) *Gelée de Tapioca au thé de bœuf*. — Laisser tomber en pluie deux cuillerées à soupe de tapioca sur 300 cc. d'eau bouillante, faire cuire à petit feu pendant 10 à 15 minutes en remuant constamment pour obtenir une gelée épaisse. Ajouter par cuillerée à soupe du thé de bœuf préparé de la façon suivante : [couper finement un kilo de bœuf pris dans la tranche,

des gelées de fruits (coings ou myrtilles) ; enfin les féculents seront permis en petite quantité, ceux-ci pouvant déclancher des troubles digestifs importants et faire naître des débâcles diarrhéiques difficiles à arrêter. Plusieurs fois d'ailleurs il nous a été donné de voir des malades chez qui, la digestion des féculents jusque-là défectueuse, fut entièrement transformée par l'adjonction de ferments amylacés.

On devra de plus supprimer complètement de l'alimentation de ces malades tous les mets à interdire dans toute crise d'entéro-colite banale.

L'établissement d'un tel régime est donc des plus délicats, le médecin devra avant tout se laisser guider par la tolérance personnelle des sujets, et parmi les aliments banaux, d'apparence anodine, il en est quatre, surtout, le pain, le lait, les œufs et les purées de légumes verts qu'il ne permettra qu'avec prudence, leur nocivité étant parfois aussi grande que celle des aliments franchement interdits.

La seconde indication consiste à lutter contre la stase intestinale, qui est parfois cachée par l'existence de fausses diarrhées. Les meilleurs laxatifs à donner sont l'huile de paraffine, l'huile d'olive ou même l'huile de ricin à très petite dose. La belladone ou l'atropine associées à la papaverine ont une grande utilité, agissant à la fois contre la constipation et le spasme douloureux qui l'accompagne.

le faire macérer à froid pendant une heure dans un litre d'eau, porter le tout au bain-marie et faire cuire pendant trois heures et demie, puis passer à travers un linge fin.

Pour agir sur la muqueuse intestinale, il n'est aucun traitement spécifique qui s'impose de façon formelle; mais il est de nombreuses méthodes agissant soit par voie directe, soit par voie indirecte, entre lesquelles il faut savoir choisir.

« C'est toujours, disent Bensaude et Oury dans l'étude dont nous parlions plus haut, par le traitement anti-amibien que l'on doit commencer. Pâte de Ravaut, stovarsol, émétine sont des médicaments qui agissent souvent et révèlent par leurs admirables résultats la nature amibienne d'une recto-colite en dehors de toute notion de contagé et en dehors de tout résultat positif de laboratoire. »

Par contre le traitement anti-amibien étant toujours sans effet dans les recto-colites hémorragiques et purulentes, on peut essayer d'agir sur la muqueuse intestinale par d'autres désinfectants : calomel, urotropine, charbon, kaolin, bismuth (sous-nitrate ou dermatol). Mais d'une façon générale les médicaments ingérés agissent peu sur la muqueuse colique, exception faite pour le bismuth dont l'action désinfectante est puissante, sans être cependant jamais suffisante pour enrayer à elle seule l'évolution d'une recto-colite grave.

En l'état actuel de nos connaissances, puisqu'il n'existe pas de médication spécifique de cette affection, il nous paraît indispensable de faire franchir à ces malades les quatre étapes successives de traitement que nous possédons : lavages — pansements locaux — vaccinothérapie — traitements arsenicaux.

Il n'est pas jusqu'à l'autohémothérapie et la transfusion auxquelles il ne faille parfois penser.

A) *Lavages.*

L'emploi des lavages dans le traitement des rectocolites est classique, il est d'ailleurs incontestable qu'il amène souvent une amélioration sensible.

Crohn et Rosenberg ont particulièrement prôné les lavages avec un colorant voisin de la sulfophtaléïne, l'acriflavine neutre, et ces auteurs pensent que c'est là le seul moyen de compter des guérisons durables. Gaston Durand et Savignac ont rapporté à la Société de gastro-entérologie les résultats donnés par cette méthode ; mais tandis que le premier se montre très réservé dans ses conclusions, le second croit à la réelle efficacité de ce médicament. Bensaude et Oury, qui l'ont également essayé sous forme de gonacrine, n'ont pas obtenu avec celui-ci des résultats supérieurs à ceux qu'ils ont eu par lavages avec les colorants habituels, bleu de méthylène, violet de gentiane, etc...

Les médicaments classiquement indiqués sont légion ; voici ceux qui sont le plus couramment employés : solution de nitrate d'argent à 1 pour 5.000 puis à 1 pour 2.000 et même 1 pour 1.000, l'argyrol (10 à 25 pour 1.000), l'acide salicylique (1 pour 1.000), liqueur de Labarraque (5 pour 1.000), bleu de méthylène (1 à 2 pour 1.000), violet de gentiane (à 2 pour 100 dans l'huile d'olive).

Ce qu'il importe surtout, c'est pour éviter l'accoutumance et la résistance de la flore microbienne, d'alterner les différents médicaments. De plus, Oury conseille, à l'encontre des auteurs étrangers, de n'employer que des lavements de 100 à 150 grammes, parce qu'ils sont mieux tolérés, peuvent être conservés de longues heures par les malades et irritent moins les muqueuses.

B) *Pansements rectaux.*

Devant les insuccès fréquents des lavages, Bensaude et Oury sont revenus en ces derniers mois à l'emploi des pansements rectaux, méthode classique utilisée antérieurement par Friedel, Carnot et surtout par Mathieu.

Si les résultats obtenus ne sont pas constants, du moins nous avons pu constater à la consultation de M. Bensaude, à l'Hôpital Saint-Antoine, que souvent les troubles présentés par les malades ont été manifestement atténués par l'emploi des pansements.

De nombreuses formules ont été proposées par Mathieu et Rosenheim; voici celle que nous avons vu employer dans le service de M. Bensaude et qui paraît donner des résultats intéressants :

Pour un pansement rectal de 150 à 200 cm³ (dose habituelle) mettre une cuillère à soupe de coréine en paillettes diluée d'abord avec un peu d'eau froide et ajouter progressivement et par petites quantités de l'eau chaude; tourner doucement le mélange jusqu'à obtention d'une bouillie fluide.

Ajouter à ce moment une cuillère à café d'oxyde de zinc finement pulvérisée et une cuillère à café de sous-nitrate de bismuth ou de dermatol; bien mélanger. La bouillie à ce moment plus épaisse doit continuer à couler facilement de la cuillère. On y incorpore 4 à 5 gouttes de laudanum pour faire conserver le pansement le plus longtemps possible (au bout de 2 à 4 pansements le malade le garde facilement et le laumanum peut être supprimé). On y ajoute enfin à ce moment les substances médicamenteuses qui doivent agir sur la muqueuse. Classiquement ce sont l'iodoforme (à 1 %), l'ichtyol (à 1 %), l'eau oxygénée, le bleu de méthylène, le goménol, le collargol (1,2 %), le sulfate de zinc (0,02 %).

Dans les essais faits actuellement dans le service de M. Bensaude l'on se sert volontiers de : bleu de méthylène ou violet de gentiane (une cuillère à soupe d'une solution à 1 %), solution de Ziehl (une cuillère à café) gonacrine (une ampoule). L'adjonction de 15 à 45 centigrammes de novarsénobenzol a paru, chez quelques malades, présenter une réelle efficacité. Nous avons vu également incorporer aux pansements des ampoules de 5 à 10 cc. de vaccin (soit auto-soit stock-vaccin).

Le pansement ainsi terminé on peut y ajouter un peu d'eau chaude si au moment de mettre la pâte dans la seringue la consistance est devenue trop épaisse.

Pour injecter le pansement dans le rectum l'on se sert d'une seringue de Guyon de 150 cc. que l'on remplit en dévissant le piston et à laquelle l'on adapte une sonde de Châtel Guyon. La pâte est lentement injectée dans le rectum.

Au début de leur emploi le malade garde le pansement cinq à six heures, puis progressivement il arrive à le conserver 18 à 24 heures.

C'est là une méthode utile mais nous n'avons pas assisté, sous son influence, à de véritables guérisons définitives.

Deux observations de malades vont cependant

nous permettre d'illustrer l'action de cette thérapeutique.

OBSERVATION I

M^{me} K..., âgée de 40 ans, mariée depuis 23 ans, a eu 7 enfants dont 3 sont encore vivants; a fait une fausse-couche de 4 mois; pas de spécificité. A toujours vécu en France; santé parfaite, mais constipation opiniâtre depuis toujours; ne va à la selle que tous les 3 ou 4 jours avec laxatif.

Au début de 1927 la constipation augmente en même temps qu'apparaissent des pertes de sang rouge au moment de la défécation. Peu à peu les symptômes augmentent, la malade a dans la journée de fausses envies d'aller à la selle n'aboutissant qu'à l'expulsion de sang rouge et de pus sans matières. Les fausses envies se répètent plus de dix fois dans la journée. Examen bactériologique des selles négatif.

L'amaigrissement survient mais pas de fièvre, pas de pâleur, appétit conservé mais fatigue générale.

En novembre 1927 la malade entre dans une clinique, on pense à un cancer du rectum et l'on pratique une laparatomie qui ne donne aucun résultat.

En février 1928 la malade vient consulter le Docteur Bensaude, à Saint-Antoine, qui pratique une rectoscopie et trouve une rectite granuleuse et purulente. Pansements rectaux pendant 2 mois deux fois par semaine. Malade très améliorée, il ne persiste qu'une constipation opiniâtre nécessitant un lavement chaque jour pour assurer une selle quotidienne; disparition complète du sang et du pus.

En novembre 28 la malade revient avec nouvelle poussée de recto-colite; même aspect rectoscopique qu'au premier examen. Pansements rectaux; amélioration sensible après un mois et demi de traitement.

OBSERVATION II

M^{me} B..., âgée actuellement de 28 ans; mariée à 19 ans; a un enfant bien portant; pas de fausses-couches; pas de

spécificité. A toujours habité la France. A présenté à 20 ans des douleurs gastriques complètement guéries après un traitement de quelques mois.

Constipée depuis très longtemps. Pour la première fois en 1917 apparition de pus et de sang en dehors des selles dont le nombre était légèrement augmenté, 2 à 3 par vingt-quatre heures, mais qui paraissaient normales; sensation de pesanteur dans le bas-ventre et sur l'anus, mais pas de douleurs violentes. Examen bactériologique des selles négatif.

Evolution continue jusqu'en 1922 sans atteinte marquée de l'état général, à cette date apparition d'une fistule non opérée.

En mai 1925, va consulter à Baudeloque d'où elle est dirigée sur Saint-Antoine dans le service de M. Bensaude où elle est examinée. Douleurs constantes au niveau de l'abdomen, pesanteur anale; selles nombreuses légèrement enrobées de sang et de pus. En dehors des selles, évacuation 5 à 6 fois par jour de sang et de pus.

Rectoscopie : congestion intense de la muqueuse, granuleuse rouge vif. Diagnostic de recto-colite hémorragico-purulente. Pansements rectaux; amélioration sensible au bout de plusieurs mois de traitement.

Février 1929 : La malade revient; même symptomatologie qu'en 1925, même aspect rectoscopique.

Pansements rectaux; nouvelle amélioration au bout de deux mois.

C) Vaccination.

Si les traitements locaux sont à eux seuls insuffisants, parmi les traitements généraux préconisés, il en est un du moins, « La vaccinothérapie », qui paraît susceptible, dans certains cas, de donner des guérisons définitives.

Cette vaccination comporte encore bien des obscurités et il en sera ainsi tant que l'étiologie des rectocolites ne sera pas nettement établie.

Ce sont en effet des germes très variés que l'on différencie par culture du pus, du sang et des mucosités prélevés au niveau de la muqueuse : coli-bacilles, entérocoques, staphylocoques, pneumocoques, bacilles lactis-aérogènes.

De plus, la valeur pathogène de ces multiples germes étant inconnue, la seule vaccinothérapie possible est celle faite par auto-vaccins polyvalents.

La voie d'introduction du vaccin semble jouer également un rôle et l'ingestion du vaccin buccal, les bouillons vaccins locaux en lavage devront compléter les injections sous-cutanées.

Voici les observations de deux malades de MM. Bensaude et Oury traités par vaccinothérapie.

OBSERVATION III

M^{me} G... vient consulter le 27 juillet 1926 pour des hémorragies rectales.

En avril 1926, sans aucun état infectieux préalable, se sont installées de façon progressive des hémorragies rectales.

Huit à dix fois par 24 heures, plus fréquemment la nuit que pendant la journée, la malade a de faux besoins aboutissant à une émission sanguine. Ce sont là des hémorragies rebelles persistantes qu'accompagne comme tout autre symptôme une constipation opiniâtre avec selles petites et ovilées.

Aucun autre trouble digestif, aucune atteinte de l'état général. L'examen rectoscopique montre sur une hauteur de 15 centimètres une muqueuse saignante, lisse, vernissée, tachetée d'érosions superficielles et d'étoiles vasculaires. Le rectoscope passe facilement la zone hémorragique et retrouve une muqueuse saine. Plusieurs examens bactériologiques des selles sont négatifs.

En novembre 1926 les hémorragies persistent, elles ont résisté à tous les traitements anti-amibiens, aux applications de pansements rectaux. L'état général est plus atteint, à l'examen rectoscopique pas de changement.

En avril 1927, devant la persistance des hémorragies, il est pratiqué un nouvel examen bactériologique des selles qui décèle la présence des germes suivants : streptocoques, staphylocoques, bacilles lactis aéroènes, coli-bacilles. Un auto-vaccin est préparé.

D'avril à août 1927 les injections de vaccin sous-cutanées amènent une amélioration, puis la complète disparition des hémorragies.

Depuis, la guérison reste complète.

OBSERVATION IV

(Observation du Traité d'Endoscopie de Bensaude.)

M. D..., 37 ans, ne présente dans ses antécédents aucune maladie sérieuse, il n'a jamais quitté la France. En 1918, étant mobilisé, il est soigné pendant six mois pour une dysenterie avec diarrhée, des glaires et du sang en abondance. On ne fait pas d'examen des selles, il guérit complètement et reste bien portant jusqu'en novembre 1924.

A ce moment éclate une nouvelle crise de dysenterie avec épreintes, diarrhée aqueuse et fétide, selles glaireuses, purulentes et sanglantes, fièvre, intolérance pour les aliments, amaigrissement et anémie. Recherches bactériologiques dans les selles, négatives.

L'examen rectoscopique montre que tout le rectum est malade et même l'entrée du sigmoïde, la muqueuse est rouge foncé, épaisse, infiltrée, comme végétante, par place de couleur plus pâle avec un pîcté hémorragique. Il existe de nombreuses ulcérations exceptionnellement profondes dont le volume est celui d'une pièce de cinquante centimes. Les bords en sont taillés à pic, le fond est jaune sans granulations.

Le traitement antidysentérique reste sans effet.

Le malade est par contre rapidement et considérable-

ment amélioré par un vaccin fait avec des cultures de colibacilles isolés de son intestin. Les vaccins sont donnés par trois voies : par la bouche, en injections sous-cutanées, en applications locales.

En mars 1925 le malade est en pleine convalescence, selles moulées, pas de sang, pas de fièvre, augmentation de poids. Les ulcérations vues au rectoscope sont nettement en voie d'amélioration.

Le malade reste bien portant jusqu'en juillet 1927, ne présentant aucun symptôme rectal.

A cette époque survient une nouvelle rechute beaucoup plus légère que la précédente et un traitement vaccinothérapique a rapidement raison des signes cliniques en même temps que se cicatrisent les érosions.

En marge de la vaccination nous devons évoquer une méthode antagoniste en quelque sorte toute jeune encore mais peut-être fertile en résultats d'avenir, c'est l'utilisation des bactériophages adaptés à la flore des recto-colites.

Récemment nous avons vu deux malades chez lesquels les bactériophages introduits dans l'organisme, par voie buccale et par lavements, ont paru donner des résultats intéressants.

D) *Médication chimique.*

La vaccination connaît de trop fréquents échecs, c'est pourquoi d'autres traitements doivent être essayés ultérieurement.

En dehors de toute spécificité, en dehors de tout parasitisme intestinal, nous avons vu chez certains malades le novarsénobenzol en injections intra-vei-

neuses avoir une action vraiment élective, alors que tous les autres arsenicaux échouaient.

Voici d'ailleurs deux observations de malades de MM. Bensaude et Oury chez lesquels le novarsénobenzol a donné des résultats surprenants.

OBSERVATION V (Extr. d'articles.)

M. C..., 27 ans, a de l'entérite chronique depuis l'enfance. Brusquement en août 1925, en pleine santé apparente, apparition d'une hémorragie intestinale grave. Ces hémorragies résistent à tous les traitements institués.

Au quatrième jour une accalmie se produit et le malade peut être transporté dans une clinique.

Dès ce moment s'installe toute la scène d'un syndrome dysentérique fébrile : constipation, faux besoins, ténésme, selles hémorragiques sans pus ni glaires.

Recherches de laboratoire négatives.

Un traitement par le novarsénobenzol amène rapidement une complète sédation des hémorragies, la disparition des phénomènes douloureux, l'amélioration de l'état général.

A partir de novembre la guérison semble acquise et de novembre 1925 à juin 1926 l'état général et local sont satisfaisants, mais le malade suit un régime alimentaire sévère.

Brusquement en juin 1926 reprise des hémorragies, récurrence du syndrome dysentérique dont la gravité dépasse de beaucoup la première atteinte. Malade rapidement amaigri. fièvre oscillant entre 38 et 39°, état anémique intense.

Toute ingestion alimentaire est immédiatement suivie de douleurs abdominales violentes avec émission de sang par l'anus.

Le malade présente des douleurs abdominales presque constantes, ce sont : d'une part des coliques intenses diffuses à tout le cadre colique; ce sont, d'autre part, de faux besoins incessants et quinze à trente fois par jour ils aboutissent à l'évacuation d'un liquide hémorragique brunâtre.

Le 15 juillet 1926 l'état du malade devient vraiment alar-

mant, de nouveaux examens de selles sont encore négatifs. Un examen rectoscopique montre une muqueuse rouge vermillon, congestionnée, granuleuse; mais sans ulcérations.

Les injections intra-veineuses amènent une prompte amélioration et le malade entre en convalescence vers le 15 août 1926.

En juillet 1927 une deuxième récurrence se produit plus bénigne que les précédentes; le novarsénobenzol a encore rapidement raison des troubles intestinaux.

OBSERVATION VI

M. G..., âgé de 35 ans. Toujours en bonne santé jusqu'au début de 1924.

En février 1924 apparition dans les selles de sang, le malade ne suit aucun traitement, les phénomènes disparaissent d'eux-mêmes assez rapidement.

Au début de 1925 le sang apparaît à nouveau dans les selles qui deviennent plus nombreuses, 5 à 6 par jour.

Le malade ressent des douleurs abdominales violentes, il a du ténesme, de faux besoins et le nombre des selles augmente (10 à 15 par jour).

L'examen bactériologique pratiqué à cette date ne donne aucun résultat.

En juillet 1925 l'état du malade est assez sérieux, il est très amaigri, anémique et présente de l'intolérance pour les aliments.

On lui fait alors de la diathermie à raison de trois séances de 25 minutes par semaine. Peu à peu l'état du malade s'améliore et en novembre 1925 le malade est complètement rétabli et reste en parfaite santé jusqu'en juillet 1928.

En juillet 1928, à la suite de surmenage et d'excès alimentaires, les hémorragies réapparaissent puis le syndrome dysentérique s'installe, dont la gravité dépasse la première atteinte.

La rectoscopie montre une muqueuse rouge vif, suintante et saignant au moindre contact. La diathermie reste sans effet. Un traitement par le novarsénobenzol est alors

institué qui amène rapidement la sédation des hémorragies, la disparition des phénomènes douloureux et l'amélioration de l'état général.

A côté du novarsénobenzol il est un nouveau traitement auquel on doit avoir recours dans les cas rebelles, c'est le yatren, qui contient une forte proportion d'iode (28 %). On le donnera d'abord par ingestion que par lavements. Souvent son action paraît inefficace, mais les auteurs allemands ont montré qu'il fallait le manier à doses subtoxiques et que souvent l'amélioration des recto-colites n'apparaissait qu'à la suite d'une véritable diarrhée yatrenique.

E) *Traitements divers.*

Chez des malades anémiés présentant des hémorragies continues, la transfusion a parfois une utile action adjuvante, que l'on mette en œuvre : tantôt la transfusion massive, tantôt les injections de petites quantités de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt l'autohémothérapie.

Récemment nous avons vu deux cas dans lesquels les injections de sérum sérique firent merveille contre les hémorragies incessantes que présentaient les malades; et nous pensons que d'une façon systématique contre ces hémorragiques rebelles et graves par leur répétition le sérum sérique est particulièrement indiqué.

Certains auteurs ont préconisé le sérum anti-

bacillaire en injections intra-veineuses à haute dose, pensant que la plupart des recto-colites hémorragiques et purulentes sont des dysenteries bacillaires dont l'agent causal disparaît dès les premiers jours. Nous n'avons jamais pu vérifier dans les recto-colites l'action du sérum antibacillaire.

A côté des traitements médicaux et devant leurs échecs trop fréquents, les traitements chirurgicaux sont parfois indiqués.

Il n'est pas dans notre compétence d'entrer dans la discussion des différentes techniques chirurgicales; le médecin doit uniquement et essentiellement connaître l'instant où l'échec des traitements médicaux attentifs doit lui faire confier le malade au chirurgien; celui-ci ayant surtout à choisir entre trois interventions possibles : la cœcostomie, l'anus iliaque gauche ou la résection segmentaire.

CONCLUSIONS

1° A côté des dysenteries classiques, on observe assez fréquemment une entité clinique : les recto-colites hémorragiques et purulentes, qui s'en rapprochent par leur symptomatologie, mais qui s'en distinguent par leur étiologie encore inconnue.

2° L'étude de ces recto-colites, définies par exclusion « syndrome dysentérique aigu ou chronique dont l'amibe ou aucun parasite actuellement identifié, non plus que le bacille dysentérique, ne peut être rendu responsable », présente un gros intérêt au point de vue diagnostic. Nombreuses sont les erreurs auxquelles elles peuvent donner lieu; on ne prendra pas pour une recto-colite hémorragique des hémorroïdes qui saignent ou un cancer recto-sigmoïdien; de même on ne confondra pas une recto-colite purulente avec des suppurations banales relevant d'un rétrécissement du rectum ou provenant d'une fistule, d'abcès péri-coliques ou péri-rectaux.

En principe, quand on se trouve en présence d'un

syndrome dysentérique on pratiquera avant tout, si les recherches du laboratoire restent négatives, une rectoscopie, seul moyen que nous ayons actuellement à notre disposition pour diagnostiquer d'une façon certaine les recto-colites.

3° L'étiologie encore inconnue de cette affection et la diversité de ses formes évolutives, en font une maladie difficile à traiter et contribuent à rendre les échecs thérapeutiques fréquents. Il n'existe pas, en effet, de traitement spécifique des recto-colites, et, ce n'est que par tâtonnement qu'il nous est possible de trouver la thérapeutique efficace, variable d'un sujet à l'autre.

C'est toujours par un traitement anti-amibien que l'on débutera; celui-ci étant sans effet dans les recto-colites hémorragiques et purulentes vraies, l'on devra alors essayer successivement : les lavages, les pansements locaux, la vaccination et les traitements arsenicaux sans oublier que l'institution d'un régime sévère est un adjuvant indispensable au traitement de cette affection.

Nous concluons donc que nous ne connaissons aucune méthode dont nous puissions affirmer la constante efficacité; chacune d'elle connaît en effet des échecs et des succès. C'est œuvre d'éclectisme et de patience que de guérir une recto-colite hémorragique et purulente, mais il est encore des formes graves par leur tenacité, leur récides et l'atteinte

de l'état général, qui restent au-dessus des ressources actuelles des traitements médicaux; et c'est alors que s'impose une des trois interventions chirurgicales possibles : la cæcostomie, la résection segmentaire ou l'anus iliaque gauche.

Vu : *Le Président*,
A. LECÈNE.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBU. — Colite ulcéreuse. *Mit der greuzgeb. med.*, 1914, b. 28, fasc. 2.
- ANTOINE, Edouard. — Quelques formes cliniques des recto-colites hémorragiques et purulentes. *Gaz. des Hôpitaux*, 20 août 1919.
- ANTOINE. — Les recto-colites graves (*Thèse*, Paris, 1919).
- Les recto-colites graves non dysentériques de l'adulte (*La Médecine*, 1924, n° 3 bis, page 1).
- AUDUZE. — Recto-colites graves (*Soc. méd. Hôp.*, 1923, page 1478).
- BARGEN. — Experimental studies on the Etiologie of chronic ulcerative colites (*Journal Am. Med. Assoc.*; 2 august 1924).
- The etiologie and treatment of chronic ulcerative colitis (*Amer. Jour. of Roentge.*; july 1926).
- BENSAUDE. — L'endoscopie recto-colique (*Mouographies cliniques*, n° 73, 1913, page 27).
- BENSAUDE et THIBAUT. — Contribution à l'étude endoscopique et thérapeutique des protosigmoïdites (*Bull. et Mém. de la Société méd. des Hôp. de Paris*, 31 octobre 1913, page 444).
- BENSAUDE et ANTOINE. — Les colites et recto-colites graves non dysentériques (*Gaz. des Hôpitaux*, fév. 1920).
- BENSAUDE, CAIN et ANTOINE. — Contribution à l'étude de la recto-colite hémorragique d'origine urémique (*Annales de Médecine*, vol. VII, 1920, page 41).
- BENSAUDE. — *Traité d'endoscopierectoscopie-sigmoïdoscopie* (Paris, 1926).

- BOAS. — Diätetik der Magen und Darmkrankheiten (*II Auflage*, Leipzig, 1926, page 116).
- Ueber einen Fall von operativer geheilter Colitis ulcerosa (*Deut. Med. Woch.*, 1903, n° 11, p. 196).
- BONORINO UDAONDO. — *Les colites ulcéreuses chroniques* (Paris, 1929).
- CADE. — Colites infectieuses aiguës chez l'adulte (*Arch. des Mal. de l'app. digest.*, VII, 1913, page 96).
- CARLES. — *La dysenterie amibienne et les entérites chroniques de guerre* (Paris, 1918).
- CARNOT et HARVIER. — *Les colites* (Paris, 1922).
- CROHN et ROSENBERG. — The medical treatment of chronic ulcerative colitis (*Journ. of the Am. Med. Assoc.*, 1924, p. 220).
- The sigmoidoscopy picture of chronic ulcerative colitis (*Amer. Journal Med. Sciences*, 1925, p. 220).
- CAUSSADE et GUIBAL. — Un cas de recto-sigmoïdite ulcéro-gangréneuse guérie par la sérothérapie (*Revue médicale de l'Est*, n° 14, 15 juillet 1927, p. 391).
- DURAND. — Les colites ulcéreuses chroniques et leur traitement (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 25 février 1925; p. 130).
- L'acriflavine dans le traitement local des colites ulcéreuses chroniques (*Arch. des Mal. de l'app. digestif*, 1925, page 160).
- EINHORN. — Chronic ulcerative Colitis and its treatment (*New-York Med. Journ.*, feb. 1923, page 214).
- Traitement de la colite ulcéreuse chronique par les irrigations du côlon (*Presse Médicale*, 1925, p. 4).
- FRIEDEL. — Les rectocolites hémorragiques érosives (*Arch. des Mal. de l'App. digestif*, VIII, 1915, page 383).
- GAULTIER. — Traitement de la colite ulcéreuse chronique par les irrigations descendantes du côlon (*Arch. des Mal. de l'app. digestif*, 1925, p. 167).
- GUTMANN. — Le traitement des syndromes dysentériques (*Bulletin Méd.*, 26 janvier 1927, p. 119).
- LANGENHAGEN. — Les recto-colites ulcéreuses chroniques et leur traitement (*Bull. gén. de Thér.*, 1925).

- LOGAN. — Chronic ulcerative colitis (*Northwest Med.*, XVIII, 1919).
- Idiopathic ulcerative colitis, with special reference to etiology and treatment (*Mayo Papers*, XVII, 1925).
- MOGQUOT. — Les recto-colites ulcéreuses chroniques et leur traitement chirurgical (*Bull. gén. de Thérap.*, juin 1925, p. 246).
- MUMMERY. — The varieties of colitis and their diagnoses by sigmoidoscope examination (*Britt. Med. Journ.*, 1911, p. 1685).
- The operative treatment of ulcerative colitis (*Britt. Med. Journ.*, 10 avril 1920, p. 497).
- NEHRKORN. — Die chirurgische behandlung der colitis ulcerosa chronica (*Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, B. XII. p. 372).
- OURY. — Diagnostic et traitement des recto-colites hémorragiques et purulentes (*Journ. Méd. Français*, février 1929, page 75).
- OURY et PARIS. — Les douleurs de la fosse iliaque droite (*Journal de Méd. et de Chir. pratique*, juillet 1929, p. 457).
- ROSENKEIM. — Ueber Colitis chronica gravis (*Deut. Med. Woch.*, 1908, n° 7, u. 8, p. 265 et 322).
- SCHMIDT. — Zur Kenntnis der Colitis suppurativa gravis ulcerosa (*Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*; XXVII, 1913, p. 150).
- STRAUSS. — Colitis hémorragica purulenta (*Zeits. für artztl. Forb.*, 1916, n° 1).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
CHAPITRE I ^{er} . — Introduction	11
CHAPITRE II. — Historique	15
CHAPITRE III. — Etude clinique	17
CHAPITRE IV. — Formes évolutives	22
CHAPITRE V. — Diagnostic	24
CHAPITRE VI. — Traitement	30
CONCLUSIONS	46
BIBLIOGRAPHIE	49
